

共有すべき事例

2012年9月 事例 1

〔外用薬調剤〕 薬剤取違えに関する事例

(事例番号：000000027353)

事例

【事例の内容】

一般名処方処方せんを入力時に同じ一般名のゼポラスパップ40mgとヤクバンテープ40mgを入力ミス。それに気付かず実習生が調剤し、鑑査者も見逃した。次回来局時に患者さんから前の湿布が違ったからと訴えがあり、謝罪の上正しい薬をお渡した。

【背景・要因】

一般名処方での外用、特に湿布は同じ一般名が多くミスが起こりやすい。入力する事務さんへのミスしやすい薬剤の注意喚起も必要と思われる。

【薬局が考えた改善策】

一般名処方での間違い易い処方について朝礼にて報告。今回のゼポラスとヤクバンテープは過誤はおこってなくても、ヒヤリハットは多数報告されているため注意が必要と思われる。

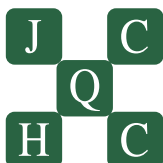
事例のポイント

- フルルビプロフェン貼付剤の取違えの事例である。
- 外用薬は同じ成分を含有する医薬品が多いので、一般名処方の機会も多くなる。そこで、外用薬の一般名処方では規格、剤形の確認が重要である。

※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。

※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。

※この情報の作成にあたり、薬局から報告された事例の内容等について、読みやすくするため文章の一部を修正することがあります。そのため、「公開データ検索」で閲覧できる事例の内容等と表現が異なる場合がありますのでご注意ください。



公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部

〒101-0061 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル

電話：03-5217-0281(直通) FAX：03-5217-0253(直通)

<http://www.yakkyoku-hiyari.jcqh.or.jp/>

共有すべき事例

2012年9月 事例2

〔疑義照会〕 薬剤変更に関する事例

(事例番号：000000027452)

事例

【事例の内容】

手書き処方せんで、「ベネシッド錠」と記載されていた。用法と過去の服用歴からベネット錠17.5mgの書き間違いではないかと推察し疑義照会。ベネット錠17.5mgに変更となる。

【背景・要因】

未記載

【薬局が考えた改善策】

未記載

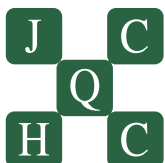
事例のポイント

- 本事例は薬歴管理によって医薬品の処方間違いに気付き、誤投与を防ぐことができた事例である。
- 本事業の平成23年年報、および過去の共有すべき事例に示しているように、医薬品の名称類似により、医師が処方医薬品名を間違える可能性がある。誤投与を防ぐために、処方せんに記載された内容だけでなく、患者との会話や薬歴情報等から必要な情報を収集する必要がある。

※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。

※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。

※この情報の作成にあたり、薬局から報告された事例の内容等について、読みやすくするため文章の一部を修正することがあります。そのため、「公開データ検索」で閲覧できる事例の内容等と表現が異なる場合がありますのでご注意ください。



公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部

〒101-0061 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル

電話：03-5217-0281(直通) FAX：03-5217-0253(直通)

<http://www.yakkyoku-hiyari.jcqhc.or.jp/>

共有すべき事例

2012年9月 事例3

〔疑義照会〕分量変更に関する事例

(事例番号：000000027501)

事例

【事例の内容】

プレドニゾン散「タケダ」1% 0.25g (2.5mgとして) 処方。当該患者は前回処方まではプレドニゾン錠1mgを0.5錠 (0.5mg) で服用していた。投薬時、患者よりプレドニゾンは今回も減量と聞いていたため、疑義照会を行った。

【背景・要因】

医師の処方せん記載時、プレドニゾン散の処方量を成分量で記載してあったようだが、処方せんの単位はgで全量記載してあった。用量としては異常なものでなかったため、いったんそのまま調剤してしまった。

【薬局が考えた改善策】

未記載

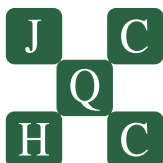
事例のポイント

- 患者インタビューから処方量の誤りに気付くことができた事例である。
- 本剤は用法用量が適宜増減される医薬品であるため、処方せん監査には特に注意が必要である。

※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。

※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。

※この情報の作成にあたり、薬局から報告された事例の内容等について、読みやすくするため文章の一部を修正することがあります。そのため、「公開データ検索」で閲覧できる事例の内容等と表現が異なる場合がありますのでご注意ください。



公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部

〒101-0061 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル

電話：03-5217-0281(直通) FAX：03-5217-0253(直通)

<http://www.yakkyoku-hiyari.jcqh.or.jp/>

共有すべき事例

2012年9月 事例 4

〔外用薬調剤〕 規格・剤形間違いに関する事例

(事例番号：000000027715)

事例

【事例の内容】

リンデロン-Vクリーム0.12%とヒルドイドソフト軟膏0.3%を混合する際、リンデロンのチューブ10本中、1本がリンデロン-V軟膏0.12%だった。混合のため搾り出す際に気がついた。

【背景・要因】

保管の引き出しに1本だけ軟膏が混じっていた。戻すときに間違えたと思われる。調剤するとき、3名で確認時気づけなかった。リンデロンはキャップの色も同じで見逃してしまった。同じ引き出しに入っていたので、違うものが混じっているわけがないという先入観があった。

【薬局が考えた改善策】

棚に薬を戻すときは二人で行うという規則を徹底させる。

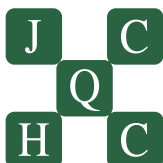
事例のポイント

- 薬剤の棚への戻し間違いによる、規格・剤形間違いの事例である。
- 戻し間違いを防ぐためには、棚へ戻す際にダブルチェックを行うことも、ひとつの方法である。

※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。

※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。

※この情報の作成にあたり、薬局から報告された事例の内容等について、読みやすくするため文章の一部を修正することがあります。そのため、「公開データ検索」で閲覧できる事例の内容等と表現が異なる場合がありますのでご注意ください。



公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部

〒101-0061 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル

電話：03-5217-0281(直通) FAX：03-5217-0253(直通)

<http://www.yakkyoku-hiyari.jcqh.or.jp/>